UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1913 N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

RECHERCHES

Sur les Rapports du Trophœdème et des Adiposes localisées chez la Femme

PAR

Marcel VIARD

NÉ LE 9 JUILLET 1884 A SAULX (HAUTE-SAONE)

Président : M. le Professeur GILBERT BALLET

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI°)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantine	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBERE
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA FEMME

A MON PÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES MAITRES DE DIJON, DE LAON
ET DE PARIS

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT BALLET

Professeur de Clinique des Maladies mentales à la Faculté

Médecin des Hôpitaux et de l'Asile clinique

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

Introduction

Au mois de mai 1912, étant à la consultation de médecine de Laënnec, dirigée alors par notre maître, Monsieur le Dr Laignel Lavastine, il nous a été possible d'observer un cas d'adipose localisée, de l'étudier et de le suivre pendant 18 mois.

L'intérêt et la rareté d'une pareille observation nous a incité à prendre ce fait comme point de départ d'un travail d'ensemble sur les adiposes localisées chez la femme, et sur le trophœdème, qui n'est, à notre avis, qu'une variété d'adipose.

Les auteurs, en effet, semblent avoir confondu, souvent, les deux affections, ou plutôt les deux états pathologiques du pannicule adipeux. Et quand bien même notre travail ne servirait qu'à mettre un peu d'ordre et de clarté dans les idées, sur ce sujet, il serait déjà justifié.

Mais il y a plus : nous voulons faire ici, non seu-

lement un travail d'ensemble : nous voulons encore préciser certains points obscurs, et discuter les théories émises sur la question jusqu'à ce jour.

En examinant un nombre considérable de femmes qui présentaient une épaisseur anormale, quoique non extraordinaire, du tissu adipeux, nous avons sinon découvert une pathogénie inattaquable ou un traitement véritablement efficace, du moins recueilli des observations intéressantes. Ces observations, s'ajoutant à celles publiées antérieurement, nous ont permis d'avancer que les cas de trophœdème et ceux d'adipose localisée sont vraisemblablement des phénomènes analogues, qui ont pour cause une hypertrophie du tissu adipeux.

Mais, avant de nous engager plus avant dans ce modeste travail, qu'il nous soit permis de présenter ici nos remerciements les plus sincères à tous nos maîtres, médecins et chirurgiens des Hôpitaux de Dijon, de Laon et de Paris qui nous ont éclairé de leur science et guidé de leurs conseils.

Deux d'entre eux ont droit plus particulièrement à nos sentiments d'affectueuse reconnaissance : ce sont M. le Dr Macon, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Laon, de qui nous avons été l'interne pendant deux années, et M. le Dr Laignel-Lavastine, professeur agrégé, médecin des Hôpitaux, à qui nous sommes heureux de rendre un public hommage tant pour les précieux conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant la durée de nos études médicales que pour l'extrême amabilité avec laquelle

il s'est mis à notre disposition pour l'élaboration de cette thèse.

Nos remerciements vont également à notre maître vénéré, le professeur Gilbert Ballet, qui a bien voulu accepter la présidence du jury de cette thèse.

Historique

Depuis des siècles, des observateurs ont remarqué que, non seulement la femme était plus « grasse » que l'homme mais, qu'à certains endroits du corps, aux cuisses et aux fesses notamment, il existait chez elle des bourrelets adipeux, ou plus exactement une épaisseur anormale de graisse. Ce fait n'a pas échappé aux peintres, même les plus anciens.

Néanmoins, jusqu'à Sydenham personne n'avait signalé comme pathologique la mauvaise répartition de la graisse sur le corps de la femme. Cet auteur, le premier, parle d'un « œdème blanc qui peut attaquer toutes les parties du corps, y déterminer *une enflure*, dont celle des jambes est la plus remarquable, *telle que de la pression du doigt il ne reste aucune marque*, et qui le plus souvent, n'existe qu'à une des jambes ».

Qu'est-ce là, sinon les caractères du trophœdème et de l'adipose localisée, caractères qui ont été repris et exposés magistralement par M. Henry Meige au sujet d'un cas de trophœdème familial. Car le mérite revient à cet auteur, comme nous le verrons plus loin, d'avoir mis en lumière cette affection, et d'avoir même créé le mot.

Parmi les auteurs qui se sont également occupés de la question il faut citer les Prs Debove, Hertoghe, notre Maître Laignel-Lavastine qui a déjà publié trois observations de trophœdème ou d'adipose localisée, MM. Léopold Lévi et Rothschild, Achard, Grahaut, Pic et Gardère, Sicard, Thaon, dont les publications intéressantes ont fait progresser la question.

Mais en lisant attentivement ces diverses observations, nous avons cru remarquer qu'elles attribuent deux noms différents à une seule et même affection. Si en effet, nous analysons les symptômes du trophœdème et ceux de l'adipose localisée, nous remarquons qu'ils sont presque les mêmes, et il faut être vraiment bien subtil pour voir là deux affections nettement différentes.

Nous reviendrons précisément sur cette question, et nous essayerons de la mettre au point, dans la mesure de nos moyens.

La Femme normale

On croit volontiers que, normalement, l'homme porte plus de graisse à mesure qu'il avance en âge. C'est là en apparence un fait indiscutable. On rencontre peu d'adolescents gras et, vers la trentaine, il semble bien que beaucoup de personnes suivent une évolution, sinon normale, du moins fréquente, en prenant du poids et du volume, dûs non pas au développement musculaire, mais seulement à l'invasion graisseuse.

Si nous regardons autour de nous, nous sommes surpris par le grand nombre d'adultes, hommes ou femmes, qui ont de l'embonpoint. Dans l'esprit du public, et du reste aussi dans l'esprit de quelques médecins exceptionnels, cela passe pour être de bon augure. On dit trivialement « que l'on renforce » « que l'on gagne » « qu'on se développe ». Toutes ces locutions courantes, et peu grammatica-

les, ne sont, en réalité, que des cache-misère, car c'est déjà la maladie qui commence, et il s'agit là, comme nous le verrons par la suite, d'un trouble fonctionnel qui apparaît entre 20 et 30 ans chez la moyenne des civilisés, pour des raisons qui n'échappent pas à l'analyse.

Mlle D..., 19 ans
Femme normale

A titre exceptionnel, ce trouble apparaît dans l'adolescence, et même dans l'enfance.

Il existe, dit HECKEL (grandes et petites obésités), une sorte de type physiologique idéal de l'homme et de la femme, un ensemble de caractères morphologiques requis par l'état de « santé ». Pour l'homme, c'est l'absence ou, du moins, la réduction importante de l'enveloppe graisseuse sous cutanée ; la possibilité de distinguer nettement les groupes musculaires importants ; un développement du thorax supérieur à celui de l'abdomen ; la minceur de la peau et du pannicule sous-cutané ; a coloration

brune des téguments ; la vision facile du circuit veineux sous la peau sans que celle-ci soit d'une minceur ou d'une douceur féminine ; enfin l'habitus général, l'attitude, l'expression du regard énergiques ; la qualité des cheveux durs et luisants.

Pour la femme, au contraire, on accepte un plus grand développement du tissu adipeux dans la région des hanches, des cuisses et de l'abdomen. Cependant ce développement ne doit pas être surabondant, et *de toute façon*, l'épaisseur de la peau, à ces endroits, ne doit pas dépasser 1 c. 1/2. Contrairement à ce que beaucoup de personnes s'imaginent, le tronc de la femme doit être suffisamment dégarni de graisse pour que les linéaments osseux s'y distinguent légèrement ; et si les côtes ne doivent pas être visibles au repos, les bras tombants le long du corps, au contraire dans les mouvements d'élévation des membres supérieurs, on doit distinguer le rebord costal, et même le tracé des côtes. La ligne de la clavicule doit être légèrement apparente, et si l'esthétique mondaine réclame l'empâtement des creux sus et sous-claviculaires, il n'en est pas de même de l'esthétique médicale ni de celles des sculpteurs.

La graisse ne doit jamais envahir la colonne vertébrale ni effacer le creux normal qui est entre les deux épaules.

Technique des Mensurations

Avant de faire connaître quelques mensurations, nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile de donner quelques indications sur la façon dont nous croyons que ces mensurations doivent être faites.

On peut, à défaut de compas d'épaisseur, se renseigner sur l'épaisseur de la peau en se servant simplement du pouce et de l'index. Le pli formé entre ces deux doigts, dans les différentes régions du corps, sera considéré comme normal s'il se forme sans difficulté, et s'il ne paraît pas dépasser de 1 à 3 cm. selon les régions.

Si l'on veut avoir des mensurations plus précises on a recours au compas d'épaisseur.

M. P. Richer a présenté à la société de Biologie (4 juin 1892) un compas *vernier* très ingénieux permettant de mesurer exactement l'épaisseur du

pli de la peau. Cet appareil permet de mesurer à 1/10 de millimètres près.

On peut se servir également du compas d'épaisseur employé couramment par les sculpteurs et adopté par le service anthropométrique.

Avec un peu d'habitude on arrive à mesurer d'une façon très précise les plis de la peau et du panicule adipeux.

La peau, pincée entre le pouce et l'index, est introduite entre les deux branches du compas ; on lit alors directement sur le vernier le chiffre qui indique en centimètres ou en millimètres, l'épaisseur du tissu adipeux.

Un autre moyen consiste à mesurer les plis avec le compas d'épaisseur sans vernier, puis à reporter les branches écartées sur un double décimètre, où on lit la mesure exacte.

Quel que soit le mode adopté, le résultat est sensiblement le même ; et quand il y aurait un écart de quelques millimètres dans les mensurations, ce fait est, à notre point de vue, négligeable, car ce que nous recherchons ce sont les rapports qui existent entre les différentes épaisseurs de la peau dans les différentes régions du corps, plutôt que l'épaisseur très exacte des plis formés.

Quelques mensurations de l'épaisseur du panicule adipeux, prises avec le compas d'épaisseur chez des femmes normales.

	JAMBES	CUISSES	VENTRE	THORAX	SEINS	RÉGION sus-mammaire	COU	AV. BRAS	BRAS	RÉGION deltoïdienne	FESSES	FLANCS	DOS
Mlle A.., 23 ans	1 c 6	2 c 8	1 c 5	1 c 5	0 c 6	0 c 8	0 c 5	0 c 9	1,3 partie antérieure et externe 0,5 partie interne	1 c 5	2 c 3	2 c 2	1 c
Mlle N.., 17 ans	1	2	1	1.2	0.5	0.4	0.5	0.6	1 c. partie externe. 0,5 partie interne.	1.4	3.4	1.4	1
Mlle D.., 18 ans	2	1.8	1	0.9	0.5	0.5	0.3	0.7	1 c. partie externe. 0,6 partie interne.	1.2	3.5	1.1	1.1
Mlle K.., 25 ans	3.4	3.7	2.5	2	0.5	2	0.5	1.2	2 partie externe. 0,7 partie interne.	2.2	4	3.3	1.6
Mlle T.., 28 ans	2	6.5	4	2.3	1.8	1.5	1.5	1.2	2,7 partie externe. 1,2 partie interne.	4.6	5.5	3.5	2.1
Mlle C.., 29 ans	2	2.8	3.7	2.7	2	2.2	1.3	0.4	1,8 partie externe. 0,6 partie interne.	3	4.3	4.3	3.2
Mme R.., 40 ans	2.2	3.5	3.5	2.5	0.5	2	0.5	0.9	1,7 partie externe. 2,2 partie interne.	2.5	3.1	2.5	2

L'adipose Localisée

L'adipose localisée chez la femme est un syndrome constaté depuis fort longtemps par les observateurs. Les médecins remarquaient, soit à l'hôpital, soit dans leur clientèle que certaines femmes avaient des jambes, des cuisses et des fesses disproportionnées avec le reste du corps.

Il y a des endroits du corps où la graisse ne s'accumule jamais, à la partie interne des membres supérieurs par exemple, et au niveau des clavicules, des mains et des pieds. Partout ailleurs la graisse peut proliférer.

Souvent c'est au moment de la puberté que commence cette prolifération, mais elle n'est pas toujours répartie normalement sur toute la surface du corps. Chez certains sujets féminins on rencontre des amas de graisse sur l'abdomen, chez d'autres au niveau des fesses, chez d'autres encore, et cela, surtout après la ménopause, au niveau du dos et des membres inférieurs.

Nous avons cru qu'il pourrait être de quelque utilité de réunir dans un travail, les observations d'adipose localisée et de trophœdème, pour tirer certaines conclusions des cas cités, vérifiés d'ailleurs, par notre expérience personnelle.

Observations

OBSERVATION I

Presse Médicale du 14 décembre 1898.

Dystrophie œdémateuse héréditaire par E. MEIGE.

Une jeune fille de 17 ans entre, au mois de juin 1898, dans le service de M. Brissaud, à Saint-Antoine.

C'est vers l'âge de treize ans, d'après la malade, après sa formation, que l'enflure a débuté par le pied et la cheville droits. Aujourd'hui tout le membre est pris.

Lourdeur du membre, sans douleur. La station verticale accroît sensiblement son volume et aussi sa mollesse. Rien dans le passé, ni dans les organes à signaler.

Ainsi tout le mal est réduit à cette vaste enflure, blanche, dure, indolore qui occupe le membre droit. Toutefois, sur toute la moitié droite du corps, tête, bras, tronc, cuisse, il existe une hypoesthésie nettement accentuée, qui s'arrête suivant la ligne médiane.

Sur la jambe et le pied œdématiés, l'anesthésie est complète, se terminant en botte au niveau du genou. De ce côté, l'ouïe est affaiblie.

N'est-ce point là l'œdème dont parle Sydenhram, « *l'œdème blanc* » qui peut attaquer toutes les parties du corps, y déterminer une *enflure dont celle des jambes est la plus remarquable* ; telle, que, de la PRESSION DU DOIGT IL NE RESTE AUCUNE MARQUE — et qui, le plus souvent n'existe qu'à une des jambes ? Tel fut, en effet, le premier diagnostic.

La sœur de cette malade est atteinte d'une affection du même genre, de même allure et de même apparence, mais occupant les 2 membres inférieurs. Ici, la sensibilité est conservée intégralement. La mère des ces deux jeunes filles âgée de 60 ans a elle, aussi de grosses jambes. Cet œdème a débuté au même âge et dans les mêmes conditions, mais aux deux jambes seulement, les 2 cuisses ont toujours été indemnes. Ici encore aucune cause dans les antécédents.

Les 2 jeunes filles ont un frère âgé de 13 ans qui, depuis quelques mois, voit apparaître les premiers symptômes de la même maladie.

Parmi les collatéraux : 2 oncles (frères de la mère) ont de « grosses jambes ». La grand'mère a également de grosses jambes.

Enfin l'arrière grand-père avait aussi de grosses jambes et il vécut fort âgé, et en bonne santé.

OBSERVATION II

Publiée par VIGOUROUX dans la nouvelle Iconographie de la Salpétrière. Novembre-Décembre 1899.

Femme âgée de 25 ans.

Père et mère en bonne santé.

Sept frères et une sœur en bonne santé.

Un frère qui serait tuberculeux.

Pas d'affection semblable dans la famille. A 8 ans rougeole.

Fréquentes angines.

Réglée à 13 ans.

Peu de temps avant, elle reconnut qu'elle ne pouvait pas boutonner le haut de sa bottine gauche.

Il semble que la maladie soit stationnaire depuis plusieurs années.

Les orteils ne sont pas œdématiés.

Le pied est gonflé à sa partie dorsale. Il est séparé de la jambe par un sillon allant d'une malléole à l'autre. La jambe a conservé sa forme générale. Au niveau du genou, l'articulation a gardé son modelé.

En avant, l'œdème s'arrête nettement au pli de l'aine. En arrière, au contraire, la fesse est manifestement plus grosse que celle du côté opposé, et l'œdème paraît remonter jusqu'à la crête iliaque.

OBSERVATION III

Bulletin de la *Société médicale des Hopitaux*. Janvier 1902.

Inégalité de développement des deux moitiés du corps — nœvi vasculaires multiples — dilatations veineuses — Livedo — par DANLOS APERT FLANDIN.

L'hypertrophie congénitale simple, est caractérisée par ce fait que la portion du corps hypertrophiée n'est en aucune façon altérée dans ses tissus ; elle ne diffère en rien de la portion correspondante d'un organisme normal, mais elle est d'un module plus grand que celui du côté opposé.

Dans cette observation, la peau, le tissu cellulaire, les muscles, les os, les vaisseaux ne sont en rien altérés, ils sont uniformément augmentés de volume, et l'hypertrophie du squelette est exactement proportionnelle à l'hypertrophie des parties molles. Dans l'éléphantiasis congénital l'os ne participe pas à l'hypertrophie, parce qu'il n'y a pas de lymphatiques dans l'os.

OBSERVATION IV

Presse médicale, 28 mai 1902

L'œdème segmentaire par le Pr F. Debove

Dans cet article Debove rappelle le cas suivant :

Il s'agit d'une malade de 22 ans.

Rougeole 9 mois avant son entrée, lassitude dans les jambes, pas de douleurs, tuméfaction envahissant successivement la jambe et la cuisse droites.

Il y a quatre mois, pareil phénomène se représente à la jambe gauche. Le repos aurait un peu diminué l'œdème. L'œdème n'envahit ni les organes sexuels ni les fesses. Il s'arrête au creux poplité.

Il commence nettement au pli fessier. L'œdème de la jambe s'arrête nettement au creux poplité et à l'articulation tibio-tarsienne. C'est pourquoi il lui donne le nom d'œdème segmentaire.

La peau piquée laisse écouler une certaine quantité de sérosité, mais ne présente aucune altération.

Aucun réseau veineux ou lymphatique. Pas de ganglion. Motilité intacte. Pas de gène considérable pour marcher, car pas de tuméfaction au niveau des articulations.

OBSERVATION V

Presse médicale du 16 juillet 1902

Société de neurologie

M. G. Ballet présente un malade atteint d'*hémihypertrophie* congénitale du côté gauche du corps.

Les membres du côté gauche sont plus gros, mais aussi plus longs.

La face est plus développée de ce côté également, ainsi que le thorax.

Varices et ulcères variqueux sur le membre inférieur gauche — nœvus sur le thorax. Le malade est bègue et a de l'incontinence d'urine (la nuit).

Il s'agit là d'une malformation congénitale.

Dans la même séance M. Dufour présente une malade atteinte d'un œdème segmentaire du membre supérieur gauche, œdème ayant les caractères cliniques de l'œdème névropathique.

OBSERVATION VI

Trophœdème chronique, acquis et progressif

par MM. Sicard et Laignel-Lavastine

Nouvelle Iconographie de la Salpétrière

N° 1, janvier-février 1903

Parmi les nombreuses classifications des œdèmes, la dernière venue, celle qui est fondée sur l'évolution du syndrome et non plus sur son étiologie ou son mécanisme pathogénique apparait comme la plus simple et la plus légitime, au lit du malade.

On doit donc décrire des œdèmes aigus et des œdèmes chroniques.

I. Les œdèmes aigus (à par ceux à étiquette infectueuse évidente, tels par exemple l'œdème aigu du phlegmon, du charbon ou de l'érysipèle) relèvent du type décrit par Quincke.

II. Le groupement des œdèmes chroniques est, au contraire, plus délicat. Si l'on distrait de ce groupe les œdèmes chroniques classiques, ceux sanctionnés depuis longtemps par la clinique et qui sont sous la dépendance directe des cachexies ou des maladies du cœur, des reins, il reste une série confuse de faits disparates, où l'on rangeait dans un même désordre l'œdème rhumatismal, l'éléphantiasis vrai, l'éléphantiasis faux pseudo-arthritique, le myxœdème localisé, l'œdème segmentaire et même l'œdème chronique hystérique.

A Henry Meige revient le mérite d'avoir, par une série d'études, en créant un mot et en isolant un type, attiré de nouveau l'attention sur ces faits. Le terme de *trophœdème chronique* a su rallier tous nos suffrages.

Mais peut-être à l'heure actuelle est-il nécessaire de préciser davantage et de reconnaître au moins à deux types, sous la dénomination générale de trophœdème, une certaine anatomie.

La classification générale des œdèmes pourrait être être ainsi établie :

I. Œdèmes aigus.

A) Infectieux proprement dits, tels, pour ne citer que quelques exemples : l'œdème du phlegmon, du charbon malin, de l'érysipèle.

B) Névropathiques, du type Quinke.

II. Œdème historique (type Charcot)

III. Œdèmes chroniques.

A) Au cours des maladies du cœur, des vaisseaux, des

reins, au cours des cachexies et de certaines maladies chroniques du système nerveux.

B) Œdème chronique éléphantiasique (dû à la filariose.)

C) Trophœdème (type Meige) que nous croyons nécessaire de subdiviser en trophœdème *congénital*, pouvant encore être héréditaire et familial, et trophœdème *acquis*.

D'après les observations que nous avons compulsées, nous pensons en effet que le type de trophœdème *congénital*, héréditaire ou familial, est le plus stable, le plus identique a lui-même, s'installant chronique d'emblée, et restant à peu près immuable une fois créé.

Le type de trophœdème *acquis*, au contraire, prêterait à une symptomalogie plus variée, serait susceptible de progression, d'arrêt, de rétrocession même, pouvant, il est vrai, s'installer chronique d'emblée, mais succédent, le plus souvent, à des poussées à répétition d'œdème aigu ou subaigu. L'élément étiologique serait ici moins incertain ; les maladies infectueuses, le traumatisme interviendraient efficacement dans sa genèse.

Et si l'on voulait tenter une analogie, l'histoire du retrécissement mitral serait là pour plaider en faveur de cette différenciation. N'a-t on point distingué d'une part : le type congénital du retrécissement mitral, s'affirmant avec son cortège de troubles locaux et généraux ; d'autre part, le type acquis, se révélant par la diversité de ses formes et de ses associations morbides.

C'est au type de « trophœdème acquis que se rapporte l'observation suivante, intéressante par son allure symptomatique particulière et par la précision du point de départ des accidents.

Observation

Mlle Lucie J.. , âgée de 28 ans, institutrice, est entrée le 12 janvier 1902 à la Salpêtrière dans le service de M. le professeur Raymond, adressée à l'un de nous par MM. Peyrot et le Lorier.

Antécédents familiaux. — Sa mère, morte à 55 ans, était nerveuse.

Un des frères de la malade est hystérique. Les autres sont bien portants. Aucun membre de la famille n'a présenté d'œdème segmentaire analogue à celui de la malade.

Antécédents personnels. — Dans le jeune âge elle a eu la rougeole, la scarlatine et une pneumonie.

Réglée à 15 ans, elle était très bien portante et séjournait depuis quatre ans en Russie quand survint l'accident, qui paraît être l'origine des phénomènes actuels.

Histoire de la maladie. — En février 1900, Lucie J... patinait à Saint-Pétersbourg quand elle tomba sur la cuisse gauche en « se tournant » le pied gauche en dehors. Malgré une douleur assez vive, elle put marcher après sa chute. Une ecchymose apparut au cou-de-pied, ecchymose qui disparut assez rapidement. La malade put, au bout de trois jours, recommencer à patiner; mais, huit jours plus tard, elle s'aperçut d'un gonflement, sans changement de coloration de la peau, de la région malléolaire interne gauche. Ce gonflement, d'abord localisé à la malléole interne, envahit peu à peu tout le cou-de-pied puis la jambe jusqu'au genou. Il disparut d'abord par le repos horizontal, mais il reparut bientôt, s'accompagnant d'œdème mou de la face dorsale du pied, qui seul disparaissait dans la position couchée.

La tuméfaction ainsi constituée en 1900 diminua en

janvier 1901. L'année se passa relativement bien ; la malade pouvait aller et venir et se chausser sans douleur ; puis la jambe gauche augmenta de nouveau. Il s'y joignit bientôt des douleurs qui firent entrer la malade à l'hôpital Laribosière, le 12 mai, et a la Salpêtrière, le 22 juin.

Examen, le 22 juin 1902. — A cette époque on constatait une augmentation de volume de la jambe gauche, s'arrêtant au genou et prédominant dans les régions sus-malléolaires. La peau de la jambe gauche, blanche, lisse, douce au toucher était sans troubles de la pigmentation ou du système pileux. Son contact donnait une impression de froid plus grande que du côté droit. La pression ne déterminait le godet de l'œdème mou que sur la face dorsale du pied. Au niveau de la jambe, la peau avait une résistance élastique. La pression au niveau du sciatique poplité interne était un peu douloureuse, de même que la marche. Il n'y avait aucun trouble de la motilité, de la sensibilité ou des différents viscères.

Depuis lors, *pendant six mois*, des médications variées ont été instituées (persuation de l'état de veille par des pilules de bleu de méthylène et l'électricité, essais d'hypnose, élévation du membre morbide sur un plan incliné, compression graduée, opothérapie thyroïdienne avec des glandes fraîches de mouton, etc.).

L'élévation du membre diminuait le volume, mais temporairement, l'opothérapie thyroïdienne qui fut, par erreur, poussée très loin, jusqu'à l'injection de six lobes de thyroïde par jour, produisit l'exagération des reflexes tendineux et du clonus passager du pied, ainsi qu'un état d'hyperesthésie douloureuse généralisée, mais ne modifia en rien la jambe gauche.

Bien plus, la tuméfaction, lacalisée d'abord à la jambe

gauche, envahit, quoique légèrement, la cuisse et la grande lèvre du même côté, et depuis un mois, d'une façon encore plus légère, mais néanmoins certaine, la face postérieure de la cuisse du côté droit.

Les mensurations faites respectivement en juin et en décembre rendent compte de ces renseignements.

Circonférences :	G.		D.	
	JUIN	DÉC.	JUIN	DÉC.
Bimalléolaire	21	23.5	18	18
Mollet	27.5	28	25	24.5
Genou	30.5	31.5	30	30.5
Cuisse 10cm (au-dessus rotule)	34.5	34.5	33.5	34.5
Cuisse (base)	42,5	44	37.5	41

Examen, le 12 décembre 1902. L'augmentation du volume prédomine très nettement à la jambe gauche qui a perdu son modelé et forme un cylindre à peu près régulier. Dans le décubitus horizontal, le pied, de couleur normale, présente un peu d'œdème mou à la face dorsale ; la jambe, au contraire, est le siège d'un œdème dur, et la pression nécessaire pour faire apparaître le plus petit godet est douloureuse. L'infiltration de la peau et du tissu cellulaire est telle qu'il est impossible de pincer les téguments entre les doigts.

Quand la malade se lève, la jambe gauche qui était blanche et froide se colore bientôt de rouge vif. La température s'élève et dépasse de beaucoup celle de l'autre jambe. Si dans ces conditions on fait une pression légère avec le pouce sur la face antéro-externe de la jambe gauche, on constate que la tache blanche disparaît instantanément, tandis que, explorée à droite, elle persiste de 4 à 5 secondes. Ce fait indique que la rougeur est en rapport

avec un accroissement de l'activité de la circulation capillaire et n'est pas due à un phénomène passif de stase.

L'examen de la cuisse gauche montre que l'épaisseur du tégument est notablement accrue. A la face antérieure, il est impossible de faire à la peau un pli dont la base ait moins de 4 centimètres, et à la face postérieure, un pli dont la base ait moins de 5 à 6 centimètres.

Même épaississement du tégument noté à l'examen de la cuisse droite, mais limité à la face postérieure.

Au contraire, la peau des fesses, de l'abdomen et de la jambe droite n'a subi aucune modification.

L'examen systématique de la motilité, de la sensibilité et de la vaso-motricité des membres inférieurs ne donne, en plus des faits déjà notés, aucun renseignement important.

La force musculaire est conservée ; la motilité est intacte, aussi bien volontaire qu'électrique ; les réflexes tendineux, sont très forts mais il n'existe pas de clonus ; le réflexe cutané plantaire est en flexion. Les seuls troubles subjectifs sont une impression de froid dans la jambe gauche et quelques engourdissements. Des douleurs spontanées n'apparaissent que dans la position debout, et surtout dans la marche, rapidement rendue impossible. Les points, poplité du mollet, et rétromalléolaire sont un peu douloureux à la pression. Il n'existe aucun trouble des sensibilités objectives tactile, douloureuse et thermique aucun trouble des sensibilités profondes. Les cercles de Weber ont la même largeur des deux côtés, aucun stigmate d'hystérie, pas de point ovarien, pas de rétrécissement du champ visuel, ni de dischromatopsie.

La raie rouge vaso-motrice de Vulpian est plus longue à se produire et persiste moins longtemps à gauche qu'à droite.

L'examen électrique des nerfs et des muscles pratiqué par M. Huet n'a montré aucun trouble qualitatif ou quantitatif des réactions électriques.

L'épreuve de la pilocarpine faite en injectant 2 centigrammes de nitrate de pilocarpine sous la peau au niveau de la ligne médiane de l'abdomen a produit une sudation bilatérale et symétrique des téguments des membres inférieurs.

L'*examen des urines* a donné les résultats suivants :

Volume en 24 heures	1200 cc. à 1500 cc.
Densité	1.015
Réaction légèrement acide	
Extrait sec	31 gr. 50 par litre
Matières minérales	12 — —
Matières organiques	19 — —
Uurée	18 — 44 —
Acide urique	0 — 40 —
Phosphates (en $P^2 O^5$)	1 — 02 —
Chlorurès (en Na Cl)	8 — 60 —
Sucre, albumine, bile	néant
Indican	traces
Scatol	petite quantité.

Examen microscopique : cristaux de phophates et d'urates, d'acide uriques ; cellules pavimenteuses ; cellules des bassinets.

L'examen radiographique pratiqué à plusieurs reprises, et sous différents angles, n'a montré aucune lésion osseuse, aucune altération périostée.

L'examen local des veines, des artères, des capillaires, des canaux et des ganglions lymphatiques n'a révélé aucune altération. Il n'existe pas de cause de compression dans le petit bassin ou les fosses iliaques.

L'examen systématique des différents viscères ne décèle aucun trouble.

On ne note, ni diminution de volume du corps thyroïde, ni albuminurie, ni perturbations sanguines, éosinophilie, hyperleucocytose ou filariose.

L'examen hématologique donne d'ailleurs les résultats suivants :

Leucocytes	6.000
Dont lymphocytes pour 100	24
Grands mononucléaires	16
Polynucléaires	58
Eosinophiles	2

En résumé, chez une jeune femme de 27 ans, à hérédité névropathique survient, à la suite d'un traumatisme du pied gauche (entorse), un œdème douloureux localisé au niveau et un peu au-dessus de la région contusionnée. Cet œdème d'abord fugace, transitoire, évolue bientôt par poussées subaiguës et se fixe à demeure pour gagner progressivement, et par étapes circulaires, la jambe, la cuisse du même côté. Il s'étend même par l'intermédiaire de la région dorsale inférieure à la racine de la cuisse du côté opposé. Cette évolution lente et toujours progressive a débuté il y a plus de deux ans. Tel est le tableau clinique. Quel diagnostic notologique porter ?

Il ne peut s'agir d'œdème, reliquat témoin d'une fracture osseuse mal consolidée, d'un cal douloureux. Plus encore que l'enquête étiologique, la radiographie nous montre l'intégrité absolue des surfaces osseuses.

Il n'existe également dans le petit bassin, aucune cause de compression des vaisseaux sanguins ou lymphathiques. Les ganglions inguinaux sont normaux.

L'absence de varices lymphatiques, de séjour dans les

pays contaminés, d'éosinophilie sanguine et d'embryon de filaires dans le sang ne nous permet pas de penser à la filariose.

L'œdème hystérique, tel qu'on doit le comprendre aujourd'hui et tel que Charcot l'a décrit, présente un ensemble de caractères trop particuliers pour prêter ici à confusion. L'œdème hystérique (au moins dans les observations auxquelles on peut ajouter foi) s'est toujours montré soit accompagné d'anesthésie superposée et de contracture sous-jacente, soit au moins de l'un de ces deux symptômes. D'emblée ou très rapidement, il acquiert son intensité maximum, il obéit à la suggestion, et n'évolue jamais sous cette forme lente et progressive. La jeune malade ne présente d'ailleurs aucun des stigmates de la grande névrose.

Eliminons encore l'hypothèse de névrites périphériques — au sens propre du mot — hypothèse qui n'est pas soutenable, et nous restons en présence d'un cas de dystrophie œdémateuse, auquel le terme de « *trophœdème acquis* » post-traumatique semble parfaitement s'appliquer.

Le syndrome, ici décrit, différerait peut-être de celui de Meige par l'installation à demeure de l'œdème à la suite de poussées subaiguës, par l'extension constante et encore aujourd'hui lentement progressive de cet œdème, et surtout par les caractères de chaleur, de rougeur, de douleur et de mollesse qu'il acquiert rapidement quand la malade est dans la position debout. Dans le décubitus dorsal, les proportions du membre inférieur sont moindres et l'œdème se transforme assez vite. De chaud, mou, rouge et douloureux, il devient dur, lardacé, blanc, froid et à peu près indolore.

Le mécanisme pathogénique des trophœdèmes en général reste bien incertain : mais s'il est permis d'évoquer une hypothèse, tous les faits plaideraient, il nous semble, dans le cas actuel, en faveur de la théorie sympathique soutenu par Brissaud et Meige.

C'est sur un terrain spécial que vient agir un traumatisme. L'excitation sensitive créée se transmet au centre par la voie centripète. Elle est enregistrée, mal élaborée et parvient ainsi modifiée au système sympathique qui la retourne à la périphérie sous forme de réaction anormale par excitation vasodilatatrice ou par paralysie vasoconstrictive. L'œdème est produit. La réaction des tissus environnants intervient. L'épine irritative se perpétue et de proche en proche s'effectuera, suivant des lignes segmentaires, la réaction sympathique, jusqu'au jour où la moelle, mieux éduquée, pourra corriger l'excitation défectueuse et rétablir le trophisme normal.

OBSERVATION VII

Revue neurologique 1905
Société de neurologie, 9 novembre 1905

Syndrôme de Basedow chez une goîtreuse avec trophœdème.

LAIGNEL-LAVASTINE et THAON

Le goître exophtalmique associé au trophœdème est assez rare. A ce titre nous avons cru intéressant de montrer une malade qui présente dans l'évolution de son affection quelques caractères spéciaux.

C'est une jeune femme de 24 ans, employée de commerce entrée à la Clinique Médicale de Laennec, le 26 août 1905, pour des troubles respiratoires et vocaux.

Grande, blonde, au teint frais, elle a, du syndrôme de Basedow, l'exophtalmie et le goître pulsatile qui, dès d'abord, attirent l'attention.

L'exophtalmie est assez accentuée, bilatérale et symétrique. Le signe de Groëfe existe, mais léger ; les signes de Maebius et Stelwag manquent. Les pupilles égales et de dimensions normales, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Les larmes coulent abondantes à la moindre contrariété et la physionomie est très mobile. Le visage rougit à tout instant, en même temps qu'on voit les artères du cou battre avec violence.

Le corps thyroïde est volumineux, saillant en avant, mais également hypertrophié, le lobe droit est plus gros que le gauche.

Les dimensions des demi-circonférences droite et gauche, au niveau des parties inférieure moyenne et supérieure du cou sont respectivement les suivantes :

	Demi-circonférence	
	Droite	Gauche
Partie inférieure...	20	18,5
— moyenne.....	19,5	17
— supérieure....	18	16

La main placée sur la tumeur sent des mouvements d'expansion synchrones à la systole cardiaque ; avec le stéthoscope on entend sur les 2 lobes un souffle systolique et diastolique.

Le tremblement rapide et à petites oscillations n'existe qu'aux mains.

L'impulsion cardiaque est très forte ; le maximum des battements siège dans le 5e espace intercostal gauche, en dehors de la ligne mamelonnaire ; le pouls bat, au repos, 120 pulsations par minute et, très instable, s'accélère encore au moindre mouvement et à la plus légère émotion. Les variations de la tachycardie ne *retentissent* pas sur le rythme du tremblement. Il n'existe pas de palpitations. Les bruits du cœur sont normaux ; un léger souffle extra-cardiaque postsystolique s'entend dans le décubitus dorsal au bas du sternum et disparaît dans la position assise.

La pression artérielle mesurée à la radiale avec le sphygmomanomètre de Potain, la malade étant couchée, est de 15 cm. de Hg pour une tension artério-capillaire de 15 cm. de Hg. mesurée au 5e doigt avec l'appareil de Boulonnié ; le plethysmographe digital d'Hallion et Comte montre une amplitude moyenne du pouls capillaire et la « tache blanche » produite par une pression mécanique légère sur la peau de la main disparait en moins d'une seconde, à la T° de 17°. Il existe donc une très grande activité dans la circulation locale de la main sous forte pression. En plus de ces signes, l'examen systématique des différents appareils révèle les faits suivants :

L'appétit est très bon ; l'estomac n'est ni dilaté, ni douloureux ; la langue est rose et humide ; la sécrétion de la salive n'est pas augmentée et paraît ne l'avoir jamais été ; la matité hépatique est normale ; il n'y a pas de spasme colique ni de battements exagérés de l'aorte abdominale ; la malade a parfois des crises diarrhéiques non douloureuses sans coliques violentes. Dans l'intervalle elle n'est pas constipée. La nutrition n'a pas tou-

jours été aussi bien réglée. L'an dernier, survint en 3 mois un amaigrissement de 15 kilos.

La voix est diminuée dans sa force, modifiée dans son timbre et réduite dans l'étendue de son registre. Dans le chant, la voix de tête et les notes basses sont également impossibles. La malade se plaint de crises d'enrouement, qui paraissent coïncider avec des battements plus intenses du goître. La voix est souvent bitonale. Le laryngoscope n'a pas montré de paralysie récurrentielle.

L'amplitude respiratoire est très diminuée (signe de Bryson) et le rythme un peu accéléré (24 inspirations par minute).

L'écart de circonférence thoracique sus-mammaire entre les aspirations et expirations habituelles est d'un centimètre à peine et ne dépasse pas trois centimètres entre les aspirations et expirations forcées. La spirométrie ne donne que 900 à 1.000 cc. entre les capacités inspiratoires et expiratoires maximum. Il n'existe pas de signes de lésions pulmonaires. La séro-réaction du bacille de la tuberculose d'Arloing et Courmont est négative.

L'analyse des urines a été faite par M. Reman, interne en pharmacie, du service, après quatre jours d'un régime lacté réduit à 1 litre 1/2 le dernier jour : Voici les résultats :

Volume pour 24 heures.....	532 c.c.
Densité.....	1.023

	Par 24 heures	Par litre
Extrait sec.....	31gr38	53gr
Acidité en acide oxalique..	2.367	4.41
Matières organiques.....	25 »	48 »

Urée	6.814	12.810
Acide urique	0.282	0 54
Chlorure (en N^a cl)	1.556	3 »
Phosphates (en $P^2 O^6$)	1.485	2.80
Sulfate (en $S O^3$)	1.012	1.322

Indican en assez grande abondance ; ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires, ni urobilines. Avec un régime ordinaire la diurète est de 2 à 3 litres.

L'élimination de 5 centigrammes de bleu de méthylène injectés sous la peau s'est faite en 40 heures avec 2 maxima après 3 et 28 heures. Les réflexes tendineux sont forts. La force musculaire est normale. La malade dit avoir eu, parfois, des dérobements de jambes passagers. L'écriture est régulière.

Les réflexes cutanés sont très marqués. Les sensibilités à contrôle objectif sont normales. L'émotivité est exagérée. Les réactions vaso-motrices sont très vives. La raie rouge de Vulpian est très large dans le dos. En découvrant la poitrine, on détermine en quelques secondes une roséole émotive assez persistante.

L'intelligence est vive ; le caractère facile n'a pas été modifié. Les insomnies sont fréquentes et le sommeil agité par des rêves.

La température centrale oscille entre 37° et 37°5. La peau, d'épaisseur normale dans la moitié supérieure du corps, sauf dans la partie externe des 2 bras, est considérablement épaissie à l'abdomen, aux cuisses et aux jambes. Dans ces régions, elle est très difficile à pincer et *ne garde pas l'empreinte du doigt*. La largeur de la base des plis que l'on peut faire, rend compte de l'hypertrophie des téguments dans les diverses régions. Voici

quelques chiffres obtenus avec les compas d'épaisseur :

Abdomen.....	3 c. 5
cuisse (face antéro ext.)	5 à 6 c.
cuisse (face externe.)...	4, 5 à 5, 6
Jambe.....	3 à 4 c.

Aux pieds la peau est normale. Inversement, les membres supérieurs, normaux dans leur ensemble, ont un ilot d'hypertrophie tégumentaire de 20 c. de long sur 6 de large à la face postéro-externe des bras.

La peau est un peu pigmentée au niveau du cou, et davantage à la face antérieure des deux genoux. Il existe des vergetures aux hanches et 4 cicatrices blanches nacrées, les unes déprimées, et une autre légèrement choloïdienne dans le dos.

Les phanères sont normaux. Les cheveux tombent assez abondamment depuis quelque temps. L'injection sous-cutanée d'un demi centigramme de pilocarpine n'a pas été suivie de sudation. Cet épaississement de la peau a les caractères du trophœdème de H. Meige. Ce n'est pas seulement de l'adipose du tissu cellulaire sous-cutané, car on ne peut plisser la peau séparément et il est impossible d'y faire des injections hypodermiques. La coexistence de ce trouble avec le syndrome de Basedow nous paraît expliqué par l'histoire de la malade et de sa famille.

Elle est d'un pays et d'une famille de goîtreux. Elle est née à St-Nicolas du Port (Meurthe-et-Moselle) en aval d'un village de goîtreux. Son père était alcoolique, et sa mère, sans tare pathologique apparente. Une de ses tantes, goîtreuse, aurait présenté, pendant quelque temps, de l'exophtalmie et du tremblement. Son arrière grand'mère était goîtreuse et deux de ses frères sont trembleurs.

Elevée à Reims elle eut une fluxion de poitrine à quatre ans. Elle fut réglée à onze ans, régulièrement, jusqu'à l'incident auquel elle rapporte l'apparition de son goître exophtalmique. un soir, en 1901, un voisin la prit brusquement à la nuque. Elle eut peur et se sentit immédiatement gênée pour respirer. Son cou lui parut aussitôt augmenter de volume. L'exophtalmie se développa les jours suivants. La malade ne peut d'ailleurs pas donner de détails précis sur les dates d'apparition de ces accidents.

Dès lors, elle cesse d'être réglée pendant six mois. Le sang ne revient régulièrement qu'après dix huit mois. Il n'y eut ni grossesse, ni fausse-couche.

Nous avons, depuis quinze jours, soumis la malade à la dose d'une cuillerée à potage, par jour, à l'ingestion de sang éthyroïdé d'Hallion et Carrion, selon la méthode de Gilbert Ballet et Enriquez. L'état n'a pas été modifié. Le goître et le trophœdème nous paraissent d'ailleurs antérieurs à cet incident de 1901.

En effet, la malade se souvient que, dans son enfance, elle avait le cou assez gros et la peau des membres inférieurs très épaisse.

L'enchaînement des faits nous paraît le suivant :

Une jeune femme, goîtreuse familiale, à la suite d'un traumatisme léger du cou, et d'une émotion vive, est brusquement atteinte de goître exophtalmique. La débilité thyroïdienne originelle explique facilement les accidents, qui rentrent dans les goîtres Basedowiens de Pierre Marie et le groupe (admis par quelques auteurs Hartmann, Kowalewoski, Lollier, Oster, von Jachs, Babinski, Mœbius, Joffroy et Achard) de syndrômes Basedowiens chez les thyroïdiens avec trophœdèmes. En terminant nous attirons l'attention sur la pig-

mentation cutanée, la glycosurie alimentaire et les troubles menstruels qui sont un argument de plus en faveur de la théorie des synergies fonctionnelles et des perturbations des diverses glandes à sécrétion interne, en corrélation avec l'altération primordialle de l'une d'elles.

OBSERVATION VIII

Presse médicale du 15 décembre 1906

Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie
Séance du 10 décembre 1906.

M. Senlecq présente un cas de tropœdème congénital chez un nouveau-né. Depuis sa naissance l'enfant est atteint d'un œdème blanc, dur, indolore des deux membres inférieurs sans qu'on ait relevé rien de spécial, ni dans ses antécédents, ni dans les autres éléments de l'œuf.

OBSERVATION IX

Presse médicale du 12 juin 1907

Société de neurologie : 6 juin 1907

Léopold Lévi et H. de Rothchild présentent une fillette de sept ans atteinte depuis 1905 d'une impotence complète des membres inférieurs (myopathie progressive ou myatomie) et d'une lipomatose segmentaire étendue, de la région thoracique inférieure au creux poplité.

Les traitements ovarien et thyroïdien appliqués durant quatre à cinq mois ne produisirent aucune amélioration.

L'opothérapie hypophysaire, par contre, commencée en février 1907, fut suivie d'une amélioration progressive considérable de l'impotence, et de la disparition complète de la lipomatose.

Dans la même séance, MM. Klippel et Monnier-Vinard présentent une malade atteinte d'un œdème dur, élastique, limité à la moitié droite du corps. Cet œdème a débuté, il y a dix ans, par la face dorsale de la main, il s'est étendu peu à peu, il y a cinq ans, à toutes les régions prises aujourd'hui. Il se modifie d'une semaine à l'autre, augmente sous l'influence des règles pour diminuer ensuite. La malade a des crises nerveuses.

OBSERVATION X

Société de neurologie, 5 novembre 1908

M. Achard présente un cas de trophœdème apparu à l'âge de sept ans, il y a de cela quatorze ans ; il est nettement circonscrit à la main et à l'avant-bras. Segmentaire chronique, cet œdème est élastique, et garde à peine l'empreinte du doigt. Il y a de temps en temps des accès aigus, avec augmentation locale de volume, et quelques accidents généraux tels que : claquement de dents, chaleur, sueurs. Il n'y a pas d'hystérie, pas de paludisme, pas de lésion nerveuse centrale.

OBSERVATION XI

Presse médicale, 5 juin 1909

Société royale de médecine de Londres : 30 avril 1909

Trophœdème d'origine traumatique

M. Turnay présente un jeune homme de 18 ans, qui, à la suite d'une blessure faite avec un clou au niveau du bord interne du pied, vit apparaître un œdème de ce pied. La peau est de coloration normale, mais sèche et rugueuse, les ongles sont épaissis, les mouvements sont libres et non douloureux. Un certain degré d'hypoesthésie siège au pied et à la jambe jusqu'à la partie inférieure du genou.

La radioscopie n'a donné aucun résultat.

OBSERVATION XII

Lyon médical, 1909. T. II Pic et Gardère

Un cas d'atrophie généralisée de la face et de la région sus-ombilicale du corps, avec pseudo-hypertrophie de la région pelvienne et des membres inférieurs.

La malade entre à l'hôpital (Hôtel Dieu) le 1e décembre 1908.

Amaigrissement des membres supérieurs, de la face et du thorax.

Développement anormal des membres inférieurs.

Antécédents : rien.

La malade n'a eu que la rougeole et la scarlatine.

Il y a quatre ans, amaigrissement général (10 kilos en quelques mois). Après un an environ, et après un traitement de repos et de suralimentation, ses forces repri-

rent et ses membres inférieurs commencèrent à augmenter de volume. Depuis lors sa santé s'est constamment améliorée, mais sa figure et ses bras restent maigres, tandis qus ses membres inférieurs augmentent toujours. Le teint est rose et bien coloré. Les seins sont normaux. La maigreur est moins accentuée dans le dos. La taille est celle de guêpe.

Les fesses, les cuisses et les jambes ont un développement plutôt anormal. Les réflexes rotuliens des membres inférieurs sont exagérés. Le réflexe plantaire se fait en flexion. On ne constate pas de troubles sensitifs. Les masses musculaires ne sont pas atrophiées. La démarche est normale. La malade résiste à la fatigue.

Du côté des membres supérieurs on constate des masses musculaires atrophiées. La force est relativement conservée. Les reflexes tendineux sont exagérés. Pas de troubles sensitifs. Dilatation pupillaire anormale ; et les pupilles sont paresseuses.

L'examen électrique fut négatif en tous points : pas de diminution de l'excitabilité des muscles ou des nerfs. On ne constate pas de réaction de dégénérescence. A la face, les lèvres sont intactes. Pas de troubles musculaires, pas de paralysie, pas de troubles sensitifs. Les orbiculaires des paupières sont intacts. Du côté des poumons on ne constate qu'une mauvaise sonorité du sommet droit, une obscurité marquée sans bruits anormaux. Un point surtout, qui doit faire rejeter la nature myopathique de l'affection, c'est l'exagération très marquée des réflexes tendineux.

D'autre part, l'absence complète de troubles sensitifs ne permet pas de penser à une atrophie de la syringomyélie.

Ainsi, nous ne pouvons rapporter ici à la moëlle, ni aux nerfs, ni aux muscles l'origine de ces troubles trophiques.

« Il nous semble logique de penser que dans ce cas l'infection tuberculeuse a pu déterminer au niveau des éléments nerveux des lésions se traduisant à la périphérie par deux sortes de manifestations, d'une part : le développement exagéré du tissu adipeux au niveau des membres inférieurs ; d'autre part, l'atrophie de ce même tissu et aussi du tissu musculaire au niveau de la face, du thorax et des membres supérieurs ; faits qui ont été déjà signalés parmi les manifestations non spécifiques de la tuberculose.

« Les antécédents de la malade, antécédents héréditaires, soigneusement examinés ne fournissent aucune donnée intéressante. »

Au sujet des règles :

« Réglée à 15 ans, régulièrement sauf il y a 4 ans, au début de l'affection actuelle, où elle n'aurait pas eu ses époques pendant six mois.

Et l'observation poursuit :

« La maladie actuelle a débuté il y a 4 ans par de l'amaigrissement (perte de dix kilos en quelques mois) avec anorexie, troubles digestifs, perte de force ». Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'à ce moment ses règles aient été interrompues.

« Cependant ses seins ont un volume normal ».

« La région fessière, les cuisses et les jambes ont un développement plutôt anormal pour un pareil bassin. La peau y est épaisse, parsemée de vergetures. et doublée d'une couche épaisse de tissu cellulaire. »

OBSERVATION XIII

Société de Neurologie de Paris, Séance du 11 juillet 1912

Adipose segmentaire des membres inférieurs, par M, Laignel-Lavastine, Agrégé, médecin des hôpitaux et M. Viard.

Il s'agit d'une brodeuse de 39 ans, Mlle Eugénie B.... venue à notre consultation de l'hôpital Laënnec pour grosseur anormale des membres inférieurs.

Antécédents héréditaires. — La mère est morte à 25 ans, de tuberculose aiguë (alcoolisme possible). Son père est mort à 56 ans, très probablement d'un cancer du pylore.

Eugénie B... a une sœur âgée de 41 ans, bien portante.

Une de ses tantes aurait eu, pendant longtemps, de la difficulté à marcher.

Antécédents personnels. — Mlle B... n'a jamais été malade. Elle se souvient que, vers l'âge de 8 ans, elle avait déjà de gros mollets qui faisaient l'admiration de ses camarades ; néanmoins, en promenade, elle se fatiguait plus vite que ses compagnes. Elle n'a jamais ressenti de douleurs vives dans les membres inférieurs.

A 14 ans ses *règles* apparaissent régulières, avec un peu de dysménorrhée.

A 22 ans, elle s'aperçoit que, sans aucun doute, ses jambes grossissent, et non le reste du corps. L'œdème

aurait envahi, par étapes, les jambes, les cuisses et les fesses.

Eugénie B..., 39 ans.

Elle est examinée et traitée à Lille, à Amiens et à Paris.

A Lille, elle prend de la tyroïdine (2 pilules par jour) et de l'iode, pendant 15 jours. Elle maigrit sous l'influence de ce traitement.

A Amiens, elle est vue par MM. Caraven et Merle, qui parlent d'éléphantiasis, et voudraient lui mettre un séton.

A Laënnec, M. Bourcy lui fait de la compression, et la met au régime lacté.

En mars 1912, elle se présente à la Salpêtrière, où on prononce le mot d'éléphantiasis et où elle suit un traitement électrique, qui n'améliore guère son état.

Les articulations de ses genoux deviennent pourtant plus souples.

Premier examen. — Le 27 mai 1912, la malade, qui, de prime abord, donne l'impression d'être délicate, mesure 1 m. 50 et pèse 53 kilos. Les membres inférieurs sont très augmentés de volume et contrastent avec le reste du corps. La pression du

doigt ne laisse pas d'empreinte. La peau, douce au toucher, a une couleur normale, mais il est difficile de la pincer. On est en présence d'un tégument blanc, dur, élastique, indolore, recouvrant les membres inférieurs. Les pieds sont normaux. Les jambes ont conservé leur forme générale. Au niveau des genoux, l'articulation a gardé son modelé et sa souplesse.

En avant, la tuméfaction s'arrête au pli de l'aine. En arrière, au contraire, elle occupe les fesses.

De face on remarque le contraste entre la gracilité de la moitié supérieure du corps et le volume exagéré des membres inférieurs.

La face et le cou sont normaux, les bras grêles, les seins petits, la poitrine maigre, la taille mince, l'abdomen normal ; mais immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, commence l'hypertrophie.

La petite lèvre droite est nettement visible entre les deux cuisses.

Les membres inférieurs sont volumineux, et inégalement déformés. La cuisse droite est surtout augmentée à sa partie supérieure ; la gauche, plus grosse et régulièrement cylindrique jusqu'au genou, ébauche, à ce niveau, l'aspect de la culotte de zouave. Les deux jambes sont moins déformées ; les pieds sont indemnes.

En arrière, la malformation est encore plus visible qu'en avant.

C'est la taille de guêpe au-dessus d'un train postérieur d'obèse. L'hypertrophie du membre inférieur gauche, surtout à la fesse et à la cuisse, l'emporte de beaucoup sur l'hypertrophie correspondante du côté droit.

Enfin, de profil le torse maigre, dont la peau mince laisse voir les digitations du grand dentelé, paraît

appartenir à un adolescent, tandis que le train postérieur, dans la lourdeur de ses lignes, l'ébauche du bourrelet fessier, et l'épais capitonnage des téguments, paraît d'une femme après la ménopause.

Pour fixer les idées, voici les résultats de quelques mensurations.

Mensurations

Hauteur totale	1 m. 50
Du coccyx à terre	0 m. 77

	Circonférence du membre inférieur droit	Circonférence du membre inférieur gauche
Au niveau des malléoles	27 cm.	26 cm.
Au-dessus des malléoles	26 cm.5	25 cm.
Au niveau de la jambe (partie moyenne)	36 cm.	37 cm.5
Au-dessous de la rotule	36 cm.	35 cm.
Au-dessus de la rotule	37 cm.	42 cm.
Au niveau de la cuisse (à 15 cm. de la rotule)	46 cm.	54 cm.
A la racine de la cuisse (en passant par le grand trochanter)	56 cm.	57 cm.

	Fesse droite muscles fessiers non contractés	Fesse gauche
Du point le plus saillant du grand trochanter au pli interfessier	24 cm.	27 cm.
De la partie supérieure du grand trochanter au pli interfessier	21 cm.	25 cm.
De la partie inférieure du grand trochanter au pli interfessier	20 cm.	23 cm.

Si l'on fait les mêmes mensurations, les muscles fessiers étant en contraction, on constate les mêmes résultats.

Bras, à la partie moyenne	22 cm.
Avant-bras, à la partie moyenne	10 cm.
Cou, au niveau du cartilage thyroïde	31 cm.
Tour de taille	59 cm.
Poitrine en inspiration forcée	80 cm.
Poitrine en expiration forcée	75 cm.

Dimensions, prises au compas, de l'épaisseur des plis que l'on détermine en pinçant la peau.

	Jambe droite (partie moyenne)	Jambe gauche (partie moyenne)
Partie interne	4 cm.5	4 cm.5
Partie externe	8 cm.	8 cm.
Partie postérieure	7 cm.6	5 cm.3

	Cuisse droite (partie moyenne)	Cuisse gauche partie moyenne)
Partie antérieure	3 cm.1	6 cm.5
Partie interne	2 cm.8	5 cm.8
Paatie externe	4 cm.	6 cm.5
Partie postérieure	2 cm.2	6 cm.7

Fesse droite	Fesse gauche
5 cm.	5 cm.4

Est à remarquer le parallélisme entre l'augmentation de volume de la cuisse gauche, et l'augmentation de l'épaisseur des plis de la peau que l'on y peut faire.

Le corps thyroïde est un peu augmenté de volume. Les seins sont très petits.

L'examen des organes génitaux met en évidence une

petite lèvre droite environ quatre fois plus grosse que la gauche.

Les règles ne durent que deux jours.

Rien à signaler du côté des systèmes pileux et dentaire.

La force musculaire est conservée.

La raie vaso-motrice de Vulpian est différente aux membres supérieurs et aux membres inférieurs. Aux membres supérieurs son évolution est normale ; aux membres inférieurs la *raie blanche* persiste très longtemps.

Les réflexes tendineux sont normaux ainsi que les réflexes pupillaires.

L'excitation de la plante du pied droit ne détermine aucun mouvement. L'excitation de la partie interne du pied gauche produit une flexion du pied ; l'excitation de sa partie moyenne produit un mouvement d'adduction.

La sensibilité et la motilité sont normales. La malade accuse de la lassitude et un peu d'engourdissement des membres inférieurs, après une marche ou une station debout prolongées, mais pas de douleurs vives.

Ni troubles nerveux, ni troubles psychiques.

L'exploration des viscères et des différents organes ne décèle rien de pathologique. Il faut noter toutefois une submatité légère au tiers moyen du poumon droit en arrière, et une diminution du murmure vésiculaire de ce côté.

On ne perçoit pas de souffle à l'auscultation du cœur, mais un deuxième bruit aortique un peu claquant.

La pression artérielle est, au sphygmomanomètre de Pachon, de 14 cm. et 8 cm. 5 de Hg.

L'analyse des *urines*, que la malade dit être celles de

24 heures, faite le 5 juin 1912, par M. Dacheux, interne en pharmacie, du service, (après un régime lacté de 3 jours), a donné les résultats suivants :

Volume	870 cc.
Réaction	acide
Couleur	Jaune citron
Dépôt	floconneux
Densité	1015
Chlorures	2 gr. 457
Phosphates	1 gr. 440
Acide urique et corps xanthiques	1 gr. 420
Urée	16 gr. 653
Albumine	Pas d'albumine
Sucre	Pas de sucre, légère réaction au Fehling
Urobiline	Présence nette
Indoxyl	présence
Pigments biliaires	néant

Nous avons, dès notre première examen, institué un traitement opothérapique.

Juillet 1912. — Au moment de notre présentation à la Société de Neurologie ce traitement n'avait amené aucun résultat. Il avait consisté en cachets de 0 gr. 10 d'ovarine du 5 au 25 juin, et en une pilule de thyrénine et d'ovarine, au dîner, à partir du 30 juin.

Novembre 1912. — Malgré l'opothérapie associée, l'état morphologique ne s'est pas modifié.

Octobre 1913. — Le traitement patient, à base d'extrait hypophysaire, a donné d'heureux résultats. Les dimen-

sions, prises au compas, de l'épaisseur des plis déterminés en pinçant la peau, sont les suivantes :

	Jambe droite (Partie moyenne)	Jambe gauche (Partie moyenne)
	—	—
Partie interne.....	4.2	4.3
Partie externe.....	5.2	4.8
Partie postérieure...	5.3	4.4
	Cuisse droite (Partie moyenne)	**Cuisse gauche (Partie moyenne)**
	—	—
Partie antérieure....	4.5	5.2
Partie interne.....	3.2	4
Partie externe.....	4.2	4.5
Partie postérieure ..	3.3	5
	Fesse droite	**Fesse gauche**
	—	—
	3.8	3.8

Nota. — Ce résultat n'est d'ailleurs pas unique. MM. Léopold Lévi et Rotschild en ont eux-mêmes enregistré un, dans des conditions analogues.

OBSERVATION XIV

Presse Médicale, 12 avril 1913

Société de Neurologie

***Trophœdème** du membre inférieur droit avec lombo-sciatique droite* (Henry Meige).

Henry Meige rapporte une observation de trophœdème qui n'est ni familial ni héréditaire, ni congénital, chez

une femme de vingt-cinq ans. Il s'agit d'un gonflement œdémateux blanc, dur, résistant, indolore, localisé à la jambe droite, n'apportant qu'une gêne légère aux mouvements. En outre, la malade éprouve, de temps à autre, des douleurs dans la région lombaire et sur le trajet du nerf sciatique, dans le même membre inférieur droit, avec irradiations profondes dans la fosse iliaque droite jusqu'au pli inguinal. Il n'y a pas de signes de compression, pas de troubles de la sensibilité. La coexistence de ces douleurs avec le trophœdème n'est pas purement fortuite. Des cas analogues ont été signalés autrefois sous le nom d'œdèmes neuro-arthritiques.

Les expériences de Lortat-Jacob et G. Vitry ont montré que des lésions du nerf sciatique déterminent des troubles vaso-moteurs et des transformations sclérograisseuses dans le membre inférieur. Enfin on sait que les sciatiques qui s'accompagnent d'irradiations douloureuses lombaires, abdominales, inguinales et de troubles vaso-moteurs dans les membres inférieurs, se rattachent à des lésions médullaires.

La coexistance du trophœdème avec la sciatique est donc en faveur de l'hypothèse de l'origine médullaire de certains trophœdèmes.

Mme B..., âgée de 65 ans

Quelques mensurations de Femmes atteintes d'Adipose localisée

	JAMBES	CUISSES	VENTRE	THORAX (partie inf.)	SEINS	RÉGION sous-mamm.	COU	AV.-BRAS	BRAS	RÉGION Deltoïdienne	FESSES	FLANCS	DOS
	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c	c
Mme H., 57 ans	3.2 (bas) 2.7 (haut)	4.4 int. et ant. 3 à 4 externe 3.6 postérieure	4.2 à 7.8	3.7	2.5	3 à 1.7 clavic.	1.4 à 2.5 menton	0.8 à 2.5	2.2 à 3 (int.) 3 à 4 (externe)	4.5	2.5	3.8	3.8
Mme B., 65 ans	2 à 4	4.8	4.8	4.8	1.6	2 à 1.5	0.7	1 à 2	1.5 (interne) 2 à 3 (externe)	3.1 à 2.1	1.5 à 2	5.7	5.7
Mlle B., 40 ans.	4.5 à 6	3.3 à 5.7	2.1	1.3	0.5	0.6	0.5	1	0.7 (interne) 1.7 (externe)	1	3.5 à 4.3	1.3	1

Discussion

Après la lecture des différentes observations que nous venons de passer en revue, il apparaît nettement que les deux affections, trophœdème et adipose localisée, sont deux entités morbides bien voisines ou même, peut-être, deux aspects différents d'une même affection.

A M. Meige assigne pourtant au trophœdème des caractères distincts. Pour lui : L'adipose localisée est dure, élastique et n'atteint jamais le pied — dans le trophœdème le pied est gonflé.

B). En appuyant fort avec le doigt, on arrive à déterminer un godet, ce qu'on ne produit pas dans l'adipose localisée.

C). Il existe parfois des poussées fluxionnaires.

Mais d'abord le signe du godet est loin d'être signalé dans toutes les observations de trophœdème

qui est caractérisé disent les auteurs « par un œdème blanc, dur, résistant, élastique ».

Quant au pied, on ne voit pas pourquoi le tissu adipeux, en vérité très peu abondant à cet endroit, ne s'hypertrophierait jamais.

M. Meige soutient l'hypothèse d'une malformation congénitale des centres trophiques du tissu conjonctif pour le trophœdème chronique, héréditaire et familial ; pour le trophœdème acquis, cet auteur admet une fragilité congénitale de ces centres, qui les rend plus facilement altérables sous l'influence des causes extérieures. Et M. Meige ajoute que ces centres ont leur siège dans la moelle, au voisinage des centres trophiques des muscles.

Dans une de ses observations, 14 décembre 1868, il constate, en effet, que, sur la moitié droite du corps, il existe une hypo-esthésie nettement accentuée, et qui s'arrête suivant la ligne médiane. Sur la jambe et le pied œdématiés, l'anesthésie est complète, se terminant en botte au niveau du genou. De ce côté l'ouie est affaiblie.

Dans une autre observation, 12 avril 1913, M. Meige constate la coexistence d'une sciatique et d'un trophœdème, d'où il conclut en faveur de l'hypothèse de l'origine médullaire de certains trophœdèmes.

Ainsi M. Meige attribue au système nerveux le rôle principal : une lésion, sur un point quelconque du système cérébro-spinal ou périphérique, détermine selon lui, une prolifération de cellules adipeuses à

un endroit déterminé du corps, et nous sommes en présence d'un cas de trophœdème.

Certes les cas de tropœdème ou d'adipose localisée, quand il coïncident avec une lésion nerveuse quelconque, peuvent autoriser l'observateur à établir une relation de cause à effet entre les phénomènes observés et la lésion nerveuse, mais il peut se faire également qu'il n'y ait, en réalité, qu'une coïncidence ; et les cas publiés, qui mentionnent cette coïncidence, ne suffisent pas, d'après nous, à établir une loi définitive.

D'autres observations, il est vrai, sont venues s'ajouter à celle-ci, où, précisément, des troubles nerveux (hypoesthésie en particulier) font croire que la cause de l'affection est due à une lésion nerveuse. Mais tous les auteurs ne sont pas de cet avis.

« Admettre la théorie de Meige, dit le professeur Debove, c'est admettre une lésion nerveuse qui ne s'accompagne d'aucun trouble de sécrétion, de circulation, de sensibilité, de motilité. L'hypothèse d'un myxœdème localisé n'est pas soutenable, parce que, d'abord, il faudrait constater une lésion du corps thyroïde et démontrer l'influence heureuse du traitement thyroïdien ».

Rapin admet, pour cause du trophœdème, une lésion inflammatoire des centres médullaires qui président à la nutrition du tissu cellulaire sous-cutané.

Cependant, ces théories restent toutes sans contrôle anatomique. Partant sans preuve, puisque personne jusqu'à présent, n'a démontré l'existence des centres

trophiques pour les tissus conjonctifs. Leur mérite serait du moins d'expliquer la distribution segmentaire du trophœdème et de l'adipose localisée par la théorie de la métamérie spinale de Brissaud. Mais peut-on affirmer qu'à chaque métamère correspond bien un segment de l'individu ?

Etienne admet qu'un traumatisme peut créer une névrite sensitive ascendante, qui retentit sur la cellule centrale du protoneurone centripète. « Or, il est certain, dit-il, que les relations de l'appareil sympathique et des éléments ganglionnaires rachidiens sont embryologiquement et anatomiquement très étroits. »

Parion, Papinhau et Silvestre ont prouvé l'action de la thyroïde dans le métabolisme calcique, et sont venus ainsi indirectement attribuer à la thyroïde une part pathogénique dans le trophœdème, comme le soutenait Hertoghe.

Peut-être, même, dans chaque glande, existe-t-il plusieurs sécrétions douées d'une action antagoniste.

Peude croit que dans l'hypophyse, la thyroïde et dans les glandes surrénales et génitales, il existe une sécrétion interne au moins double, qu'il existe aussi une sorte d'équilibre instable dans leur action, en ce sens que l'une croît, tandis que l'autre diminue, et réciproquement.

Pathogénie

Le *grand sympathique* et le *pneumogastrique sont les régulateurs de l'adipogénie*, d'après certains auteurs.

« Le grand sympathique a une action prépondérante, et plus spécialement celles de ses branches qui dépendent du grand plexus solaire, mésentérique, etc.

Par ses filets vaso moteurs et sécrétoires le sympathique règle le travail chimique des sécrétions, le travail circulatoire des organes glandulaires (glandes salivaires, pancréas, foie, thyroïde, etc.) et en même temps la thermogénèse, consommatrice des matières grasses.

Presque toutes les adipositès qu'on peut rencontrer dans diverses formes de l'obésité possèdent ces caractères de répartition symétrique ou segmentaire.

Lorsque le trouble métabolique adipozène est dé-

terminé, la lésion ou le trouble fonctionnel nerveux en localisent ensuite le siège.

Il n'y a pas d'obésité vraie qui soit exempte d'œdème, d'infiltration séreuse, de stase veineuse, etc. C'est là encore un des points obscurs du syndrome (1).

P. Broca, Cruveilhier, Darbez croient qu'il faut chercher, dans certaines prédispositions spéciales de l'organisme, les causes premières des accumulations localisées de graisse adipeuse. Ces productions adipeuses ont probablement pour origine la présence d'un tissu embryonnaire et une néoformation de vaisseaux : cette vascularisation transitoire devient un terrain favorable au développement du tissu adipeux.

L'origine névropathique du pseudolipome, par exemple, est parfaitement démontrée dans un certain nombre de cas. Stofella a vu le pseudolipome sus-claviculaire se produire chez des malades atteints d'ataxie locomotrice et de névralgies tenaces. Depuis cette époque un très grand nombre d'observations sont venues appuyer cette théorie. »

En résumé, tandis que l'hypothèse de l'existence de centres trophiques spéciaux du tissu conjonctif reste problématique, il paraît plus vraisemblable que le mécanisme du trophœdème et de l'adipose localisée reconnait comme facteur pathogénétique un dérangement fonctionnel du système nerveux de la vie végétative et un autre facteur, non moins important, que nous pourrons appeler endo-

(1) Heckel. — Les grandes et les petites Obésités. — Masson, édit.

crine, c'est-à-dire un manque d'équilibre complexe de la fonction harmonique des glandes endocrines.

Il semble bien que le trophœdème et l'adipose localisée doivent être classés dans la catégorie des syndromes endocrino-sympathiques.

L'expérience et la clinique ont démontré l'existence constante de troubles sympathiques avec des phénomènes, dépendant du fonctionnement d'une glande endocrine.

C'est avec raison que Castellino et son école ont insisté sur le fait que dans tous les cadres morbides qui se rapportent à une hypo ou hyperfonction des glandes à sécrétion interne, les troubles du sympathique ne manquent jamais, et parfois même sont si prédominants qu'ils font passer en seconde ligne les symptômes qui se rapportent aux altérations endocriniques.

Castellino croit que le sympathique règle la sécrétion des glandes endocrines et que chaque glande est portée à stimuler un territoire sympathique déterminé.

Peude concilie les deux théories en admettant une action réciproque du système sympathique sur la sécrétion des différentes glandes endocrines et vice-versa.

Il a donc proposé de faire du système nerveux végétatif et, du système endocrine, au point de vue physiologique, comme au point de vue clinique, un appareil unitaire qu'il a appelé système endocrino-sympathique, en assignant la dénomination de dis-

trophies endocrino-sympathiques à tous ces syndromes.

Cette théorie neuroglandulaire a été appliquée par Peude, 1° a la maladie d'Addison, puis au syndrome de Flaiani, à la chlorose, et en général aux angio et trophonévroses de la peau et du tissu sous-cutané ; par Massalongo à la pathogénie de la myasthénie pseudo-paralytique ; par Muto à la pathogénie et à la neurofibromatose de Recklinghausen ; par Cecconi à la pathogénèse du syndrome de Dercum ; par Leclerc et par Bierdl à la maladie de Basedow, etc.

Dans chacun des syndromes endocrino-sympathiques, on peut presque toujours rencontrer une triade symptomatique qui correspond à la triple fonction harmonique c'est-à-dire :

1° Des symptômes d'altération des échanges. 2° des symptômes de développement altéré des tissus plus ou moins manifeste. 3° des symptômes d'altération du fonctionnement sympathique (sécréteur, vaso-moteur, viscéro-moteur pigmentaire, etc.

Avec ces symptômes se rencontrent également le trophœdème et l'adipose localisée.

Notre Maître, M. Laignel-Lavastine, qui a particulièrement étudié la question, en dehors de ses nombreux travaux sur le sympathique et sur toutes les glandes à sécrétion interne, est partisan également de la théorie endocrino-sympathique. Pour lui, en effet, la théorie endocrine n'est pas en contradiction avec la théorie sympathique et il conçoit fort

bien qu'il puisse exister une perturbation dans les sécrétions des glandes endocrines, dues à une altération, en un point quelconque, du système sympathique et qu'il y ait un rapport étroit entre ces deux systèmes.

Nous nous rangeons à cette opinion et s'il faut laisser une part au rôle du système nerveux central ou périphérique, nous sommes en droit, maintenant, de soutenir que ces perturbations sont consécutives, selon toute vraisemblance, à un trouble d'une ou de plusieurs glandes à sécrétions internes en rapport plus ou moins étroit avec une altération du système sympathique.

Thérapeutique

Bien qu'il soit important de savoir de quelle façon on peut et on doit traiter l'adipose localisée et le trophœdème, notre but n'est pas d'instituer le traitement de ces affections.

Il est pourtant indispensable de signaler, et d'enregistrer, en dépit des quelques rares succès, les nombreux échecs de l'opothérapie.

A une malade atteinte, par exemple, d'adipose généralisée, avec prédominance de l'affection au dos et aux cuisses, il semble indiqué d'établir un traitement à base d'extrait d'ovaire.

Si, au contraire, l'adipose est localisée aux membres inférieurs et si, comme nous l'a révélé notre expérience personnelle, l'opothérapie ovarienne et thyroïdienne ne donne aucune amélioration, on peut recourir à l'opothérapie hypophysaire, qui nous a donné d'excellents résultats à nous, de même qu'à MM. Lévi et Rotschild, dans un cas analogue.

Enfin si l'opothérapie n'est suivie d'aucun heureux résultat l'on peut prescrire un régime alimentaire spécial, une hygiène particulière, l'on peut même recourir à l'hydrothérapie.

Conclusions

1. L'adipose localisée paraît n'être, en réalité, qu'une obésité locale ou localisée, qui se rencontre exceptionnellement dans l'enfance, et alors d'une façon peu nette ; elle apparaît généralement au moment de la puberté.

2. L'obésité locale, comme l'adipose généralisée, (expression clinique d'une perturbation dans la régulation graisseuse de l'organisme), paraît résulter d'une absoption en trop grande quantité, par l'organisme, des produits des glandes à sécrétions internes, ou de leur élimination défectueuse, consécutive à une altération du système nerveux régulateur de la nutrition des tissus, du tissu adipeux en particulier.

3. L'adipose localisée paraît être, dans un certain nombre de cas, sous la dépendance directe

d'un fonctionnement insuffisant des ovaires, de l'hypophyse, ou de la glande thyroïde.

— En général, à l'insuffisance ovarienne correspond une adipose généralisée, mais appréciable surtout au ventre, aux cuisses et aux flancs.

— A l'insuffisance hypophysaire peut correspondre une adipose des membres inférieurs.

— A l'insuffisance thyroïdienne correspond une adipose surtout appréciable à la face.

A dire vrai cette classification n'a qu'une valeur schématique étant donnée la fréquence des perturbations polyglandulaires dans les syndromes endocriniens.

4. Le trophœdème paraît être également une adipose localisée qui a, pour origines profondes, des perturbations endocrino-sympathiques, peut-être aussi un trouble dans le fonctionnement de glandes à sécrétions internes, jusqu'à présent inconnues.

Vu : *Le Président de thèse*,
GILBERT BALLET.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Pour le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

Bibliographie

H. Meige (14 décembre 1898). — Presse médicale. *Dystrophie œdémateuse héréditaire.*

Chauffard et Levisse (de Dreux) (17 décembre 1898). — Société Médicale des Hôpitaux. *Un cas d'œdème segmentaire.*

Vigouroux (décembre 1899). — Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.

E. Brissaud. (1899). — Nouvelle iconographie de la Salpétrière, n° 2. — *La métamérie dans les trophonévroses.*

Rapin. (1901) — Nouvelle inconographie de la Salpêtrière. — *Sur une forme d'hypertrophie des membres.*

Debove (1902). — « Presse médicale », n° 43. *L'œdème segmentaire.*

Lortat-Jacob (1902). — « Revue neurologique », p. 279. *Deux cas trophœdème héréditaire chez des enfants.*

HERTOGHE (1er janvier 1902). — « Presse médicale », *2 observations de trophœdème chronique.*

G. BALLET (16 juillet 1902). — « Presse médicale », Société de neurologie. *Hémihypertrophie congénitale du côté gauche.*

DUFOUR (16 juillet 1902). — Société de neurologie (même séance que le précédent). *Œdème segmentaire du membre inférieur gauche.*

SICARD et LAIGNEL-LAVASTINE (15 janvier 1903). — Société de neurologie de la Salpétrière. *Un cas de trophœdème acquis.*

MABILLE (1903). — Gazette hebdomadaire, n° 15. *Sur le trophœdème.*

LANNOIS (10 avril 1904). — Lyon médical. *Trophœdème chronique chez un épileptique.*

SAINTON et VOISIN R. (1904). — Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. pages 189-197. *Contribution à l'étude du trophœdème.*

OUCRY. — (29 novembre 1905. Thèse. *Contribution à l'étude des œdèmes familiaux.*)

VOLOMBA (1905) n° 2-3. Nouv. Ic. de la Salp. *Les œdèmes circonscrits aigus et chroniques sous la dépendance du système nerveux. Rôle de la sécrétion lymphatique. Leur pathogénie.*

LAIGNEL-LAVASTINE et THAON. (9 novembre 1905. — Société de neurologie. « Presse médicale » du 11 novembre 1905. — *Syndrome de Basedow chez une goitreuse avec trophœdème.*

Zuber (juin 1906). Société de pédiatrie — 23 juin 1906. « Presse Médicale ». *Œdème chronique de la jambe droite.*

Leulecq (10 décembre 1906). Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie. « Presse Médicale, 15 décembre 1906. *Un cas de trophœdème congénital chez un nouveau-né.*

Léopold Lévi et H. de Rothsshid (6 juin 1907). — Société de Neurologie. « Presse médicale » 12 juin 1907. *Un cas de lipomatose segmentaire.*

Courtellemont (1907). — Nouvelle iconographie de la Salpétrière. *Trophœdème chronique.*

G. Etienne (1907). — Nouvelle iconographie de la Salpétrière. p. 146. *Des trophœdèmes chroniques d'origine traumatique.*

Parhon et Casacon (1907). — Nouvelle iconographie de la Salpétrière. p. 67. *Pour un nouveau cas de trophœdème chronique.*

Achard et Ramon (1908). Revue neurologique p. 1232. *Trophœdème.*

Schiffers (de Liège, 21-25 avril 1908), Congrès international de laryngologie. *Trophœdème du larynx.*

Achard (5 novembre 1908). — Société de neurologie. *Un cas de Trophœdème.*

Nové-Josserand et Laurent, (1909). -- *Le trophœdème chronique* (Gazette des hôpitaux p. 509).

J. Ramadier (1909). — *Variété de trophœdème acquis chez une femme ovariotomisée, goitreuse et aliénée.* (Nouvelle Iconographie de la Salpétrière, p. 275.)

Pic et Gardère 1909.— Lyon Médical. — 1910. Revue de Neurologie. Atrophie généralisée de la face et de la région sus-ombilicale du corps avec pseudo-hyperthrophie de la région pelvienne et des membres inférieurs.

A. Bauer et Desbouis (1910). Trophœdème des membres supérieurs ayant débuté à la ménopause. *Nouvelle Iconographie de la Salpétrière*, n° 4.

Laignel-Lavastine et Viard. (11 juillet 1912.) Société de Neurologie. *Adipose localisée ou trophœdème ?*

Henry Meige. (Avril 1913). Société de Neurologie. *Trophœdème inférieur droit avec lombo-sciatique droite.*

Giuseppe Ayala (10 avril 1913. — L'encéphale.

— *Le Trophœdème chronique.*